

TRAITEMENT DES RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE



THÈSE

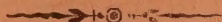
*présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier le 25 Juin 1927*

PAR

Roger NEMORIN

Ancien interne des Hôpitaux d'Arles et de Nîmes

Né le 2 Janvier 1897 à l'Île-Maurice



Examineurs
de la Thèse

JEANBRAU, professeur, *Président.*

DUCAMP, professeur

DELMAS Jean, agrégé

MARGAROT, agrégé

Assesseurs.



NÎMES
IMPRIMERIE A. CHASTANIER
12, rue Pradier, 12

1927

TRAITEMENT
DES RUPTURES TRAUMATIQUES
DE L'URÈTRE

TRAITEMENT DES RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE



THÈSE

présentée et publiquement soutenue

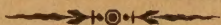
devant la Faculté de Médecine de Montpellier le 25 Juin 1927

PAR

Roger NEMORIN

Ancien interne des Hôpitaux d'Arles et de Nîmes

Né le 2 Janvier 1897 à l'Île-Maurice



**Examineurs
de la Thèse**

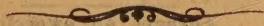
JEANBRAU, professeur, *Président*,

DUCAMP, professeur

DELMAS Jean, agrégé

MARGAROT, agrégé

Assesseurs.



NÎMES

IMPRIMERIE A. CHASTANIER

12, rue Pradier, 12

1027

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	E. HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN.
Physique médicale.....	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	N.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique....	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Clinique médicale.....	DU CAMP.
Clinique chirurgicale.....	VEDEL.
Clinique obstétricale.....	FORGUE, <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	ESTOR.
Clinique ophtalmologique.....	Paul DELMAS.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge.....	EUZIERE <i>doyen,</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	TRUC.
Clinique gynécologique.....	LEENHARDT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE ROUVILLE.
Pharmacologie (ch. de c.).....	MOURET.
Matière médicale (ch. de c.).....	JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie (ch. de c.)..	GALAVIELLE.
	CABANNES.
	RICHE.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs Honoraires :

MM. RODET, BAUMEL, TÊDENAT, MAIRET, GRANEL et VALLOIS.

Secrétaire honoraire : M. IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie.....	RICHE, <i>prof.</i>
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie appliquée à la clinique.....	D ^r CRISTOL.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie externe.....	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale.....	LAPEYRE.
Accouchements.....	COLL DE CARRERA
Pathologie médicale.....	GIRAUD.
Histoire naturelle médicale.....	GALAVIELLE, <i>prof.</i>
Matière médicale.....	CABANNES, <i>prof.</i>
Hydrologie et climatologie.....	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards.....	BOUDET.
Stomatologie.....	Dr. WATTON.

Agrégés en exercice

Médecine... {	MM. MARGAROT.	Ophtalmologie..	VILLARD.
	GIRAUD.	Anatomie.....	J. DELMAS.
	BOUDET.	Chimie.....	N....
	CARRIEU.	Histologie.....	TURCHINI.
Chirurgie.. {	MM. ETIENNE.	Obstétrique	COLL DE CARRERA
	LAPEYRE.	Physique.....	LAMARQUE.
		Physiologie.....	L. HEDON.

Examineurs de la thèse :

MM. JEANBRAU, <i>prof^r, président.</i>	—	MM. DELMAS Jean, <i>agréé.</i>
DUCAMP, <i>Professeur,</i>	—	MARGAROT, —

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

faible témoignage de mon affection et de mon infinie reconnaissance.

A MES FRÈRES RAYNAL ET RENÉ

avec ma tendresse fraternelle, et toute ma gratitude pour l'aide qu'ils ont bien voulu nous prêter dans des circonstances difficiles.

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MON ONCLE ET PARRAIN

le docteur E. NEMORIN, chevalier de la Légion d'Honneur, Médecin principal de 1^{re} classe en A.O.P.

ET A MA TANTE

vous n'avez cessé, pendant mon séjour en France, de m'entourer de la plus vigilante tendresse. Veuillez trouver ici un bien faible témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

R. Nemorin.

A Monsieur le Professeur JEANBRAU,

Commandeur de la Légion d'Honneur, qui nous a
aidé de ses précieux conseils et qui nous fait le
grand honneur d'accepter la présidence de cette
thèse,

Hommages respectueux et reconnaissants.

A MON JURY DE THÈSE

R. Nemorin.

Introduction

Pendant notre séjour comme interne dans les hôpitaux d'Arles-sur-Rhône et plus tard dans ceux de Nîmes, nous avons eu l'occasion de nous trouver en présence de plusieurs cas de ruptures traumatiques de l'urètre, dont les observations sont rapportées à un Chapitre spécial. Celles-ci jointes à plusieurs autres que notre excellent et estimé maître, M. le Dr Revel, a pu recueillir pendant ces dernières années et qu'il a gracieusement mises à notre disposition, nous ont incité à écrire ce travail dont l'actualité ne fait aucun doute, puisque, tout récemment, la Société Nationale de Chirurgie a été saisie d'une discussion à ce sujet.

Ce modeste travail n'a pas la prétention de créer une méthode nouvelle. Il nous a paru simplement intéressant de résumer dans les quelques chapitres qui suivent, l'opinion actuelle; et, en se basant sur des faits purement expérimentaux, d'essayer de don-

ner une conception précise de cette importante question. Avant d'entreprendre l'exposition de notre thèse, ce n'est pas sans une douce mélancolie que nous jetons un regard vers le passé; et c'est avec une émotion bien grande que nous déroulons, dans notre imagination, ce film merveilleux que constituent nos dernières années d'étude.

Fils d'un sol où les mœurs et la culture restent éminemment, uniquement françaises, malgré plus d'un siècle de sevrage de la patrie première; élevé dans une famille et dans un milieu où l'amour et la vénération pour la France demeurent un véritable culte, car nous nous rappelons que dans l'Ile Maurice il y a aussi Ile de France, c'est avec une profonde émotion que nous prîmes contact avec ce pays : « le plus beau après celui du ciel » disait Walter Scott. L'accueil qui nous y a été réservé a dépassé de beaucoup nos plus chères espérances et nos illusions, quelque démesurées qu'elles fussent, se sont changées en une bien douce réalité. Nous sommes heureux, au moment de nous en séparer, de jeter un regard de reconnaissance sur cette France hospitalière et noble, en emportant dans notre cœur, tout débordant d'immense affection, une admiration sans bornes et une foi inébranlable dans sa grande destinée !

Un devoir qui nous est bien cher à remplir est

celui de remercier tous ceux qui ont tant contribué à faire de nous ce que nous sommes : nos maîtres des Facultés de Lyon et de Montpellier, ceux des Hôpitaux de Nîmes et d'Arles. A trois de ceux-là, qui se sont intéressés à nous d'une façon toute particulière, nous voudrions dire quelques mots pour leur exprimer autant que faire se peut, notre profonde gratitude.

M. le professeur Ducamp, je n'entreprendrais pas de faire ici votre éloge, mes faibles moyens ne me le permettent pas et j'aurais crainte de blesser votre modestie bien connue. Tous vos élèves diront avec moi quelle sollicitude vous montrez en nous guidant, avec une expérience consommée et une science infaillible, dans notre premier contact avec le malade ; vous savez mettre tant de tact, tant d'indulgence et tant d'affabilité dans votre enseignement, que le travail qui paraît, tout d'abord, aride et ardu, devient tout de suite une tâche intéressante et agréable.

Vous avez bien voulu reporter sur moi un peu de cette grande sympathie que vous avez vouée à mon oncle ; je vous en remercie infiniment. En vous disant aujourd'hui adieu, je vous prie de croire, cher maître, en même temps qu'à ma sincère affection, à mon éternelle reconnaissance.

A M. le Dr Revol, médecin-chef des hôpitaux d'Arles, nous sommes heureux d'exprimer notre profonde

admiration pour ce bons sens Clinique, cette sûreté de diagnostic et de thérapeutique dont il nous a si souvent donné la preuve. Qu'il trouve ici un faible témoignage de notre gratitude, et qu'il soit assuré que nous emportons un bien vivant souvenir de nos amicales causeries.

Enfin, à vous, M. le Dr Revel, vont toute notre affection et toute notre gratitude. Vous m'avez toujours, témoigné la plus ardente sympathie, et, avec un dévouement inlassable m'avez donné les marques de l'intérêt très vif que vous me portiez. De vous, je souhaite d'avoir acquis un peu de cette logique dans le raisonnement ; cette décision prompte et hardie dans l'action, qui ne sont hélas ! que de pâles reflets de vos grandes qualités de brillant chirurgien dont nous restons émerveillés.

Pendant mes seize mois d'internat dans votre service vous n'avez cessé un instant, mon bien cher maître, de me prodiguer vos précieux conseils, et, qui plus est, une affection à toute épreuve. Les mots sont impuissants à traduire toute mon admiration et toute ma reconnaissance. Je pars, le cœur gros de tristesse, mais heureux si je n'ai jamais diminué dans votre estime ; et ce sera un honneur pour moi de me dire un élève digne de vos admirables leçons.

« L'amitié d'un grand homme est un bienfait des

dieux », dit Voltaire dans son Iphigénie : je l'éprouve à cette heure, avec une réelle émotion, cher maître, en traçant ces lignes d'adieu où je mets toute la sincérité de mes sentiments pour vous.

CHAPITRE I

Etude chronologique et critique

Rétablir le libre cours des urines, parer aux complications infectieuses ; substituer une cicatrice linéaire, régulièrement circulaire, souple et facilement dilatable à une cicatrisation en bloc, non dilatable et avec tendance à l'extension et à l'oblitération complète du canal urétral (1), telles sont les considérations qui ont amené à l'intervention chirurgicale systématique dans le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre.

(1) Notre excellent ami, le D^r Sollier, chef des laboratoires des hôpitaux de Nîmes, a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la masse fibreuse cicatricielle que nous avons extirpée de l'urètre du blessé dont l'observation porte le N^o 8. Cet examen montre une lumière urétrale à peine visible au microscope, avec disparition totale de muqueuse.

Il serait intéressant de donner, dans une brève exposition chronologique, toutes les opinions longtemps admises, afin de suivre les étapes successives qui ont donné naissance à la conception thérapeutique actuelle. Avec John Birkett commence, en 1868, l'ère de la chirurgie urétrale ; à ce chirurgien revient le mérite d'avoir pratiqué, avec plein succès, la première urétrotomie externe pour rupture traumatique de l'urètre chez un enfant. En 1875, Notta pratiqua la première « périnéostomie » qui fit l'objet d'un mémoire de Cras, rapporté par Guyon à la Société de Chirurgie. Celui-ci, attirant l'attention sur ce procédé opératoire, montra les avantages qu'on pouvait en tirer.

Quelques timides essais de Mollière (1882), Lucas Championnière et Kauffmann en 1885, suivirent cette communication de Guyon ; mais ce n'est qu'en 1892, lorsque Noguès put réunir dans sa thèse 19 observations de ce genre pour baser ses conclusions, que cette opinion émise devint une doctrine.

Le traitement consistait alors, dans l'ouverture du foyer de rupture, et la recherche des segments urétraux, et l'opération se terminait soit par une suture directe, soit par une suture des tissus péri-urétraux (Lucas Championnière) avec mise en place d'une sonde à demeure pour assurer le drainage vésical et la mise au repos de la plaie opératoire pendant sa cicatrisation.

Sans doute, les résultats obtenus par ce procédé étaient loin d'être satisfaisants ; et combien d'échecs, que de déceptions n'ont pas dû rencontrer ceux qui y avaient recours ? puisque Guyon, revenant sur son opinion, critiqua la méthode dont il s'était fait d'abord l'ardent défenseur ; et, dans ses Cliniques de Necker, (1902), se montra sceptique quant aux succès opératoires publiés. Il pose alors le principe de l'« Urétrostomie périnéale avec autoplastie consécutive » qui fit l'objet du mémoire de Pasteau et Iselin en 1906.

Il y avait certainement mieux à faire. Rochet — qui dès 1885 avait émis l'opinion « qu'une ouverture de la vessie au pubis pourrait rendre de grands services dans la chirurgie urétrale, comme devant faciliter singulièrement les restaurations après les urétrectomies » — revint sur la dérivation indispensable des urines, et accusant nettement la sonde à demeure d'être la cause des dislocations des sutures urétrales, propose la dérivation périnéle.

Cependant Weir en Allemagne, Cabot en Amérique, avaient déjà tenté cette dérivation (1896) : le premier par une Cystostomie avec l'appareil de Kolteart — trop compliqué pour entrer dans la pratique ; — le second par la périnéostomie, et dans le *Boston Medical and Surgical Journal*, relatait ses « *five cases of rupture of the urethra treated by external urethrotomy and suture* ».

Rochet eut-il connaissance des publications de ces deux auteurs avant sa déclaration formelle à la Société de Chirurgie de Lyon (1905) ? En est-il le novateur, ou n'a-t-il fait qu'appliquer en France une méthode déjà préconisée ailleurs ? Autant de questions qui sortent du cadre de ce travail, et qui d'ailleurs sont résolues, puisqu'il semble que c'est à Rochet que revient l'honneur de la découverte du procédé appelé communément méthode de Cabot.

Choltsoff, quelques années plus tard, dans un très important article publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, parle encore de la sonde à demeure qui « ne contribuant qu'à « exalter la virulence des agents microbiens de la « flore urétrale, ne draine pas toujours la vessie en « sorte que l'urine s'écoule entre elle et les parois « urétrales. Toutes raisons pour amener la suppuration de la ligne de suture, sa désunion, et, dans la « suite, formation d'un anneau de sclérose d'autant « plus important que les deux bouts se seront éloignés l'un de l'autre. »

Rejetant cette sonde à demeure comme absolument nuisible, il applique systématiquement l'opération de Rochet, c'est-à-dire : l'urétrotomie externe, la suture urétrale et la dérivation temporaire des urines, à toute la Chirurgie de l'Urètre.

Ces faits restant acquis, l'admirable thèse de Des-

vignes, celle de Guillaume, et plus récemment encore celles de Hermantier et de Ponce, apportent une importante contribution à l'étude de cette question qui fait le sujet de notre travail.

*
* *

Pour plus de commodité, et aussi pour plus de clarté dans l'exposition de notre sujet, avant de passer en revue les différentes méthodes qui ont été proposées, il convient de distinguer dans ces ruptures traumatiques de l'urètre deux grands groupes :

1° Ruptures de l'urètre antérieur, les plus fréquentes, et partant, les plus intéressantes, *celles que nous aurons surtout en vue dans ce travail* ;

2° Ruptures de l'urètre postérieur, plus rares, en général concomitantes à une fracture du bassin, dont nous dirons quelques mots à la fin de ce chapitre.

Cette distinction une fois admise, revenons à notre exposition. Tout de suite deux questions se présentent à notre esprit :

Faut-il opérer toutes les ruptures de l'urètre ? A quel moment les opérer ? Sans vouloir discuter ici les opinions de certains auteurs (Gras et Terrillon) qui divisaient les ruptures traumatiques de l'urètre en 3

classes, pour appliquer un traitement particulier à chaque cas ; ni celles de certains autres qui, avec Delorme, conseillent l'intervention retardée « attendant l'élimination des parties sphacélées pour délimiter le mort du vif afin de ne pas réséquer en tissu malade » ce qui nous entraîneraient trop loin ; nous sommes obligés d'admettre que ces questions sont assez délicates à résoudre. De même qu'il serait illogique d'opérer un blessé atteint d'une légère éraillure de la muqueuse urétrale — car le traitement dépasserait le but envisagé — de même il serait coupable de tergiverser devant un cas grave, le blessé restant exposé à des accidents immédiats ou tardifs pour lesquels il faudra certainement intervenir tôt ou tard.

Devant la difficulté, sinon l'impossibilité, de poser un diagnostic exact des lésions anatomiques, l'indication opératoire reste incertaine. Pour nous, seul le chirurgien doit rester juge de la situation, et la conduite à tenir sera basée sur les circonstances devant lesquelles nous nous trouvons : Le blessé a été touché légèrement ; il se présente avec quelques éraflures au périnée et une légère urétrorragie. Mictions spontanées malgré légère dysurie ; il convient alors, ce blessé étant placé sous une étroite surveillance, de garder l'expectative. En cas d'alerte intervenir ; si tout rentre dans l'ordre, attendre l'installation d'un rétrécissement qui sera traité par quelques séances de

dilatation, une urétrotomie interne, ou une stricturorectomie.

Au contraire, les lésions nous semblent-elles assez graves : urétrorragie abondante, tuméfaction et échy-mose étendues de la région périnéale ; rétention complète d'urine : il nous semble que l'hésitation n'est plus possible. L'opération s'impose d'emblée pour parer aux complications actuelles et à venir ; et quoi qu'en disent les temporisateurs, une bonne résection, faite loin du foyer de rupture, une régularisation et une suture parfaites nous permettent d'espérer un résultat satisfaisant.

*
* *

Des différents procédés proposés et ce que l'on doit en penser

a) **Ponction vésicale.** — Une ponction hypogastrique ne peut être qu'un traitement d'attente dont il ne faut pas abuser. Un praticien placé dans des conditions défavorables à une intervention rationnelle peut y avoir recours pour soulager son blessé en

attendant son évacuation dans un centre chirurgical, la ponction vésicale doit voir son usage restreint, et faire place à la cystostomie d'emblée.

b) **Sondages répétés - Sonde à demeure.** — Ces manœuvres, difficiles à réaliser ici, sont tellement nuisibles qu'il faut en rejeter systématiquement l'emploi : danger de fausse route, aggravation des lésions préexistantes, danger d'infection, tels sont les méfaits d'un procédé qui devrait être banni des manuels et traités de chirurgie qui en conseillent encore l'usage.

c) **Urétrotomie externe - Suture urétrale - Sonde à demeure.** — Nous avons longuement insisté, au début de ce chapitre sur les conséquences déplorable de cette méthode : nous n'y reviendrons pas.

d) **Suture de la plaie urétrale avec ou sans dérivation des urines.** — Une suture de la paroi inférieure — celle qui est atteinte en général, ne peut qu'entraîner une coudure et un diverticule du canal par plissement de la paroi supérieure.

De plus, quelle que soit la dimension peu étendue de la plaie, cette suture faite en tissu contus est vouée à un échec.

e) **Urétrotomie externe - Urétrotomie Suture immédiate et dérivation temporaire des urines.** — C'est

la méthode de choix universellement admise aujourd'hui et admirablement étudiée dans les thèses de Desvignes et d'Hermantier. Notre intention n'est pas de piétiner sur les traces laissées par nos devanciers dans cette voie : l'urétrectomie et l'urétrorrhaphie immédiates sont deux faits immédiatement acquis. Notre intention serait, dans ce travail de déterminer auquel des deux systèmes de drainage, cystostomie et urétrostomie, nous devrions donner la préférence.

Marion, dans ses leçons cliniques, comparant les deux systèmes, trouvait à la cystostomie de multiples inconvénients :

1) Un peu d'urine existe toujours dans le bas fond vésical, rendant le drainage très insuffisant. Une contraction intempestive de la vessie peut en faire sortir quelques gouttes par l'urètre.

2) L'oblitération du tube sus-pubien fait que l'urine peut passer par l'urètre.

3) L'opération est plus importante qu'une urétrostomie.

4) Nécessité de placer, à un moment donné, une sonde à demeure pour laisser fermer la fistule hypogastrique.

5) L'urétrostomie se ferme en général seule.

Il arrivait ainsi à la conclusion que l'urétrostomie devait être considérée comme le meilleur procédé, « réservant la cystostomie aux cas de sutures urétrales très postérieures, nécessitant un cathétérisme rétrograde. »

Telles étaient les considérations de ce temps ; et Guillaume, résumant dans sa thèse l'opinion courante, écrivait cette phrase : « Les indications de la cystostomie ne découleront que des contre-indications de l'urétrostomie ». Reprenant les unes après les autres ces objections de Marion, nous allons voir ce qu'il faut penser de ce que nous pourrions appeler les préjugés d'alors.

1) Le tube de Marion, *convenablement placé*, après un essai préalable de son fonctionnement, assure un bon siphonnage de la vessie, et ne laisse pas plus de résidu vésical qu'une sonde urétrale qui ne serait pas « au point ».

2) L'oblitération de ce tube est un incident *excessivement rare*, étant données ses dimensions habituelles. Cette oblitération surviendrait-elle ? — et la sonde périnéale n'en est pas exempte — un lavage de vessie amènera l'élimination des caillots, des grumeaux qui pourraient l'obstruer.

3) Opération plus importante qu'une urétrostomie ?

Et pourquoi ? Une cystostomie de dérivation temporaire est certainement achevée en bien moins de temps qu'il n'en faut pour aller à la recherche d'un urètre postérieur excessivement pénible à découvrir et l'abaisser à la peau. Recherche qui de plus nécessite souvent une cystostomie pour un cathétérisme rétrograde. La terreur d'une effraction péritonéale ? C'est là une crainte que rien ne justifie, et que seul peut éprouver un chirurgien timoré.

Réfutant enfin les deux dernières objections, nous dirons que la fistule hypogastrique consécutive au drainage sus-pubien, se ferme en général spontanément, et dans les premiers jours qui suivent l'ablation du drain. Fermeture réalisée au bout de deux ou trois jours, mais jamais plus de six jours après le rétablissement du cours naturel des urines. Dans aucun cas, nous n'avons eu besoin de la sonde à demeure ou d'un avivement de la plaie, suivi de suture, pour en amener la fermeture.

N'est-il pas plus logique de penser qu'une fistule périnéale, siégeant à un point déclive dans une région dont la propreté absolue est difficilement réalisable, et sans cesse lavée par les urines, mettra plus de temps à se cicatriser ? Que de fistules interminables, nécessitant une sonde à demeure, et souvent une plastie ultérieure, ne découvririons-nous pas en

interrogeant les statistiques intégrales que peuvent donner ceux qui sont les promoteurs de l'urétrostomie. Et lorsque, récemment encore, Legueu préconisait l'urétrostomie comme la méthode de choix, nous avons le droit de nous montrer très sceptique.

Notre opinion est qu'il y a une justice à rendre à la Cystostomie. Les multiples avantages, réellement inestimables, retirés de ce procédé, n'expliquent pas cette sorte d'ostracisme dont il fut un moment frappé ; et c'est un devoir pour nous, en reconnaissant son mérite, d'obtenir la réhabilitation d'une méthode qui ne nous a donné que des satisfactions. Marion, d'ailleurs, est revenu sur son opinion première. Et nous, autant que peut en juger notre jeune expérience, croyons fermement que la suture immédiate de l'urètre, avec la Cystostomie sus-pubienne de dérivation, reste le traitement idéal et d'avenir des ruptures traumatiques de l'Urètre.

*
* *

Des ruptures de l'Urètre par fracture du bassin

La conduite à tenir que nous avons envisagée jusqu'ici s'adresse surtout aux ruptures de l'urètre antérieur.

Conformément à la division que nous avons adoptée précédemment, nous voudrions dire quelques mots des ruptures traumatiques de l'urètre postérieur et de leur traitement.

Nous nous trouvons ici en présence d'un tableau plus dramatique. A part les gros délabrements pelviens qui peuvent les accompagner, les dégâts locaux sont plus importants : l'urètre, tirailé soit par les branches ischio-pubiennes fracturées et écartées, soit par une disjonction symphisaire, se déchire sur une étendue considérable ; et cette rupture partant en général de l'aponévrose moyenne du périnée, remonte assez haut, très haut même, jusqu'à intéresser les parois vésicales !

En présence de lésions aussi étendues, dans l'état de choc que présente le malade, seuls, notre sang-

froid et une décision prompte et hardie, permettront de dominer la situation.

La Cystotomie s'impose pour parer à la rétention d'urine, et pour aller suturer la vessie déchirée éventuellement.

Que faire au niveau de l'urètre ? La conduite idéale serait d'aller par un cathétérisme rétrograde à la recherche du bout postérieur ; ce bout une fois trouvé, l'on passe au périnée pour déterminer la nature et l'étendue des lésions urétrales.

Au contraire, l'urètre fortement contus et déchiré se prête difficilement à la suture ; ou bien cette suture une fois terminée nous semble trop hâtive, trop imparfaite, et vouée à un échec presque certain ?

Dans l'impossibilité d'espérer un résultat idéal, il convient alors de parer aux besoins les plus pressants : une urétrostomie éliminera tout danger d'infection et de suppuration ; l'on veillera aussi à assurer, autant que possible, un résultat ultérieur satisfaisant.

Dans ce cas, et nous croyons que c'est la seule indication, nous sommes autorisés à employer la sonde à demeure avec suture partielle de l'urètre, ou des tissus péri-urétraux autour de cette sonde. Elle sera la cause, mais bien indirecte, d'une dislocation de cette suture ; en tout cas, elle assurera le raccord des

deux bouts, la continuité du canal qui se réalisera par une tunellisation progressive du foyer urétral.

Avec un tel procédé, le rétrécissement ultérieur, presque inévitable, sera traité soit par une urétrotomie interne, soit par une stricturotomie suivie de suture, le tout complété par la dilatation progressive. Les circonstances ne nous ont pas laissé le choix de la méthode, et nous avons agi en désespoir de cause ; mais qui peut nous assurer que, la chance nous favorisant, et la nature faisant souvent merveilleusement les choses, nous ne puissions obtenir un résultat assez satisfaisant pour nous dispenser de toute intervention ultérieure ?

L'histoire de ce blessé que nous rapportons à l'observation N° 9, est intéressante à ce point de vue : Notre maître, le Dr Revel, avait pu réaliser une suture de l'urètre, mais une suture si précaire, à son avis, qu'il préféra laisser une sonde à demeure pour modeler le canal. La guérison qu'il a obtenue a dépassé toutes ses prévisions puisque 7 ans après l'opération le résultat acquis reste encore très parfait.

CHAPITRE II

Technique

Nous supposerons un blessé atteint d'une rupture de l'urètre périnéo-bulbaire, avec grosse tuméfaction périnéale, ecchymose étendue, globe vésical distendu par une rétention d'urine depuis une dizaine d'heures.

Préparation du malade.

Raser la région pubienne, le scrotum et le périnée. Laver ensuite ces régions au savon. Sécher, puis badigeonner à l'iode.

Une injection de 10 centimètres cubes d'huile camphrée si l'état de défaillance cardiaque est assez marqué.

Anesthésie.

Anesthésie générale au chloroforme, éther ou mélange de Schleich ou mieux encore, une rachi-anesthésie toujours facile à réaliser, donnant un silence parfait et supprimant un aide bien souvent expérimenté.

Une injection intra-rachidienne de 1 cm³ 1/2 à 2 cm³ de la solution à 5 % de scurocaïne, novocaïne, syncaine suffira amplement.

Instruments.

Un bistouri, une sonde cannelée, deux paires de petits ciseaux droits et courbes ; une paire d'écarteurs de Farabeuf, six pinces de Kocher, une aiguille de Reverdin fine et courbe, une aiguille de Doyen très courbe. Un béniqué N° 30, une sonde en gomme, une pince à disséquer à dents de souris. Du catgut N° 00 pour la suture de l'urètre, N^{os} 1 et 2 pour les ligatures et la suture cellulo-musculaire. Des crins de Florence.

Position du blessé.

Le blessé est placé en position de taille et en léger Tredelenbourg ; les cuisses fixées sur béquilles, et

assez écartées ; la pointe du coccyx dépasse légèrement l'extrémité de la table. La région périnéale, bien éclairée, arrive à la hauteur du thorax du chirurgien assis bien en face. L'aide se place à gauche de ce dernier, et mieux, en dehors du patient.

L'opération comprend 7 temps principaux :

1^{er} Temps : Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Incision médiane périnéo-scrotale (1) depuis la racine de la verge, divisant les bourses en deux, et allant s'arrêter à 2 cm environ de l'anus que masque un champ.

Cette incision sera facilitée par l'introduction dans l'urètre de la sonde jusqu'au niveau présumé du foyer de rupture.

Pincés sur les vaisseaux qui donnent.

2^e Temps : Découverte de l'Urètre.

L'urètre une fois reconnu à ce que l'on perçoit la sonde à travers sa paroi, on l'isole à la sonde canne-

(1) Riche (et Legueu est du même avis) conseille l'incision de la prostatectomie périnéale-transversale, à concavité postérieure pour donner plus de jour sur l'urètre postérieur. Nous préférons l'incision médiane que nous pourrions transformer, si besoin est, et au temps opportun, en T, en empiétant sur les régions ischiatiques.

lée ou avec la pointe des ciseaux mousses. Il faut prendre garde de ne pas entamer la gaine fibreuse de son corps spongieux. Pour donner plus de jour dans le champ opératoire, et pour supprimer l'office de l'aide, qui aura assez à faire pour tamponner, on place deux catguts en U sur les plans superficiels ; ceux-ci fixés aux cuisses de l'opéré par deux pinces, maintiendront écartées les lèvres de la plaie.

Pincer tout ce qui saigne, et lier au besoin pour ne pas encombrer le champ.

3^e temps : Découverte du foyer de rupture et des deux bouts de l'urètre.

En suivant la partie de l'urètre sain déjà mis à découvert, l'on s'avance vers l'aponévrose moyenne du périnée avec beaucoup de douceur et de prudence : nous verrons pourquoi tout à l'heure.

Nous arrivons sur une portion déchiquetée ou enfractueuse qui saigne. Il faut éponger avec soin pour se rendre compte de l'état exact du canal à ce niveau et de l'étendue de la plaie urétrale.

Le bout antérieur est bien vite réparé, grâce à la sonde que l'on a préalablement introduite par le méat. Il n'en est pas toujours de même du bout postérieur. La rupture de l'urètre laisse souvent intacte la paroi

supérieure du canal, une manœuvre trop brusque risque de déchirer ce lambeau de canal dont la muqueuse lisse, blanchâtre, se détachant nettement des tissus environnants qui saignent, constitue un point de repère important dans la recherche du bout postérieur. Ce fil d'Ariane une fois rompu, le bout postérieur se rétracte, sa muqueuse se recroqueville et la découverte devient alors pénible et difficile.

Est-ce à dire que dans une rupture complète et totale ce bout postérieur demeure introuvable ? Certes, cette complication qui demande de la part du chirurgien une grande persévérance et beaucoup de patience, n'est pas une difficulté insurmontable.

En présence d'un pareil incident, de nombreuses manœuvres ont été proposées qui semblent ou puériles ou inopérantes ; certaines même nous font sourire par leur naïveté.

« Comprimer l'hypogastre et guetter l'issue d'une goutte d'urine » qui n'arrive pas, bien entendu ; « faire pisser le malade » (Du traité de chirurgie Duplay et Reclus), ce qui semble bien difficile à obtenir avec une rachi-anesthésie.

Guyon avait conseillé la manœuvre suivante : « introduire un cathéter par l'urètre ; il vient buter contre la paroi postérieure de la poche, partie sur laquelle se trouve l'orifice à découvrir ; placez votre

index gauche, pulpe en haut, de façon qu'il passe la paroi inférieure et que son extrémité touche le point point d'arrêt du cathéter. Ramenez légèrement ce dernier en arrière, jusqu'à ce qu'il se voie encore dans la déchirure » : la sonde qui doit pénétrer dans la vessie est alors présentée, nous dit Guyon, dans l'intervalle qui sépare le cathéter du doigt, et soutenue par celui-ci, elle est poussée vers la vessie.

Manœuvre qu'il est aussi difficile à comprendre qu'à réaliser, et dont le succès reste très aléatoire.

Partisan de tout ce qui est simple et clair, nous proposerons simplement la manœuvre qui nous a beaucoup aidé dans les circonstances aussi difficiles ; présenter une sonde molle de Nélaton aux dépressions qui peuvent ressembler à l'entrée urétrale ; insister avec *douceur et bien sur la ligne médiane*. Il arrive parfois qu'on parvient ainsi à cathétiser le bout postérieur, et à le repérer ensuite. Si elle échoue, allez à l'hypogastre. Faites une cystostomie. Ce ne sera d'ailleurs qu'un temps de l'opération qu'on aura déplacé. Cystostomie qui sera peut-être difficile si la vessie est vide, mais que l'on arrivera toujours à faire serait-ce au prix d'une ouverture du péritoine prévésical (mais qui n'en a pas fait dans sa carrière, et dans de semblables conditions ?)

La vessie une fois ouverte, le béniqué y est in-

troduit et l'on procède à un cathétérisme rétrograde de l'urètre postérieur.

4^e Temps : Régularisation, libération des lambeaux urétraux.

Les deux segments urétraux une fois repérés, on procède à leur toilette avant de les suturer. Nous nous trouvons en présence des deux extrémités à tissus fortement contus, aux bords déchiquetés. Il faut sectionner nettement et franchement d'un coup de ciseaux, excisant en même temps les parties meurtries et vouées au sphacèle.

Quelle longueur de l'urètre peut-on réséquer sans inconvénient ? L'opinion de Noguès (thèse de Paris 1892) a longtemps prévalu en cette matière. Ses conclusions très nettes, montraient que l'abouchement des deux bouts relativement facile quand l'étendue de la résection ne dépassait pas deux centimètres, possible à trois centimètres, était incapable de se prêter à une suture ayant chance de tenir quand on réséquait au-delà. Cependant les résections de trois centimètres sont courantes aujourd'hui. Choltzoff a réséqué jusqu'à six centimètres et la coaptation des deux bouts se fit sans difficultés. Enfin Heits-Boyer a réséqué dix centimètres d'urètre à un malade avec un résultat parfait !

Certainement il y a, de part et d'autre, une exagération dont il faut s'éloigner : ne pas amputer assez, risque de faire manquer d'emblée le but même de l'opération ; amputer trop, risque d'amener une plicature de la verge.

Il importe surtout d'amputer en tissus sains et avec Marion, nous croyons qu'une résection de six centimètres donne la juste moyenne. L'on a ainsi beaucoup de chance d'avoir excisé tout tissu contus ; d'autre part, la libération du canal sur une certaine étendue pour amener les extrémités au contact, permettra une suture parfaite laissant espérer une réunion *per primam*.

L'urétréctomie une fois réalisée, l'artère urétrale donne un jet et la tranche saigne. On comprime un instant plutôt que de mâcher le tissu spongieux avec les pinces ; et il est préférable de ne pas placer de ligature qui gênerait la juxtaposition des tranchées urétrales.

D'ailleurs cette hémorragie cessera à la suture.

La mobilisation des bouts est d'une importance capitale car d'elle dépend grandement le succès opératoire. Il s'agit d'amener les tranches au contact, *sans trop de tension*, ce qui pourrait faire échouer la réunion par première intention.

Le bout antérieur est très mobilisable. Avec les

petits ciseaux mousses on libère l'urètre sur ses faces latérales, puis sur sa face supérieure, d'où il faut le séparer avec soin des corps spongieux. Dissection d'autant plus facile qu'il existe un bon plan de clivage entre l'urètre et les tissus péri-urétraux. Il ne faut pas craindre de remonter jusqu'à l'extrémité antérieure de l'incision cutanée, et d'empiéter, à la rigueur, sur l'urètre pénien. L'on ne s'arrêtera dans cette libération que lorsqu'on aura pu amener *facilement* ce bout antérieur à la rencontre du bout postérieur. Il ne faut pas s'attendre à la même facilité dans la mobilisation du bout postérieur. Celui-ci sera disséqué autant qu'il sera possible, mais nous serons bien vite arrêtés par les difficultés à le séparer des tissus péri-urétraux, et surtout de ce ligament de Carcassonne qui forme là comme une barrière infranchissable.

Comme on le verra plus loin, au chapitre des observations, dans un cas de rupture haute, devant les difficultés rencontrées, nous avons préféré suturer l'urètre antérieur à l'orifice réservé au canal urétral dans cette aponévrose, le bout postérieur venant à peine affleurer ce rideau fibreux.

Avant de passer au temps suivant, et lorsque la vessie est vide, il est à conseiller d'introduire une sonde dans le bout postérieur, et de remplir la vessie d'eau distillée.

5° Temps : Placement des fils de soutien. - Urétrographie circulaire.

Deux fils latéraux (Catgut n° 1) traversant le tissu spongieux du segment antérieur à un demi centimètre environ de son extrémité, vont se fixer dans les tissus péri-urétraux, un peu en arrière du bout postérieur.

Ces fils maintiendront coaptés les deux bouts, et éviteront ainsi tout tiraillement ultérieur sur les fils circulaires.

La suture circulaire sera faite avec du Catgut très fin, et au moyen de l'aiguille de Reverdin : six points de catgut placés symétriquement de part et d'autre des segments urétraux intéressant toute la paroi urétrale, moins la muqueuse, suffisent pour réaliser cette suture : deux points supérieurs, deux latéraux et deux inférieurs.

Legeu conseille de lier les deux fils supérieurs du côté de la muqueuse pour ne pas tordre le conduit en passant les autres fils. Nous préférons les lier en dehors et nous n'avons jamais observé une déformation du canal au moment de placer les quatre derniers fils, qui ne seront liés qu'une fois les quatre mis en place. L'aide éponge la région, et la suture est réalisée avec la meilleure coaptation possible des deux tranches urétrales.

A ce moment on enlève la sonde qui a servi à tendre les parois du canal pendant la suture, contrairement à l'opinion de Bastin Williams qui laisse cette sonde à demeure pendant quelques temps pour arrêter l'hémorragie qui, en réalité, cesse d'elle-même.

6^e Temps : Suture des parties molles périurétrales et de la peau.

Après une hémostase soignée, on procède à la réfection des plans superficiels. Pour obtenir une réunion par première intention, il faut solidariser les couches périnéales sans laisser d'espaces morts entre l'urètre et la peau. Ceux-ci pourraient être le siège d'un hématome, suppuré ou non, ultérieur. Suture de la peau aux crins de Florence. La plaie cutanée sera fermée complètement à moins que l'on ne soit pas certain de la coaptation des plans sous-jacents, dans ce cas, il serait bon de placer quelques crins de drainage temporaire à l'angle inférieur de la plaie.

7^e Temps. La Cystostomie de dérivation.

La réfection du périnée une fois achevée, le blessé est placé en position horizontale, quelques compresses protégeant la région périnéoscrotale. Préparation du champ sus-pubien.

L'opérateur se place à gauche, l'aide à droite.

Incision médiane partant du bord supérieur de la symphise pubienne, et longue de 7 à 8 cm, intéressant d'emblée la peau et le tissu cellulo-grasieux. En dessous nous trouvons la ligne blanche (ou l'aponévrose des droits et pyramidaux, si l'on a légèrement dévié de la ligne médiane) qui sera incisée. Nous arrivons alors à la couche de graisse préritonéale et prévésicale.

L'aide maintient écartées les lèvres de la plaie, l'opérateur avec son index droit coiffé d'une compresse, va en arrière du pubis, et avec la phalange recourbée en crochet ramène en arrière la graisse prévésicale, en même temps que le cul-de-sac péritonéal se trouve relevé. Si, par mégarde, celui-ci a été ouvert, on aura soin de le suturer par deux ou trois points de catgut avant d'aller plus loin.

La paroi vésicale apparaît alors avec sa coloration gris rosé, son aspect fasciculé, les veines qui sillonnent sa surface, sous la forme d'un ballon plus ou moins tendu qui fait saillie par la brèche abdominale.

De chaque côté de la ligne médiane, l'aiguille de Doyen pénètre franchement, perpendiculairement à la surface de la vessie, traverse toute la paroi et ressort à 2 cm environ de son point de pénétration. Deux catguts n° 2 sont placés ; la vessie, maintenue

par l'aide au moyen de ces fils, sera incisée entre les deux et sur une longueur de trois centimètres environ.

Le tube de Marion est introduit dans la brèche, et enfoncé vers le trigone. Mise au point de ce drain en injectant quelques grosses seringues d'eau distillée dans la vessie. Le siphonnage étant parfait, la vessie est fixée à l'aponévrose des grands droits ou pyramidaux au moyen des deux fils qui ont servi à la suspendre. Il convient alors de rétrécir la boutonnière musculo-aponévrotique par deux ou trois points de catgut n° 2. Quelques crins à la peau, dont les deux plus rapprochés du tube, en même temps qu'ils chargeront les muscles (pour supprimer les espaces morts) serviront à fixer le tube de drainage.

Compresses. — Pansement abdominal. — Un bandage en T soutenant le pansement périnéal vient se solidariser au premier.

CHAPITRE III

Soins Post-Opératoires

Ceux-ci constituent le complément indispensable d'un résultat opératoire satisfaisant.

L'opéré sera constipé pendant une huitaine de jours par ingestion de 0,10 ctg d'extrait d'opium en pilule chaque jour; et sera soumis au régime de résidu intestinal minima pour éviter de souiller son pansement périnéal.

On veillera au bon fonctionnement de la sonde vésicale. Celle-ci, une fois oblitérée ou fonctionnant d'une façon défectueuse, peut être la source de multiples ennuis : l'urine peut s'infiltrer autour d'elle, et inonder le pansement et le lit du malade; ou si la plaie hypogastrique est trop étroite pour laisser

soudre l'urine, l'opéré sous l'influence d'un besoin violent d'uriner peut laisser échapper quelques gouttes d'urine par l'urètre et compromettre ainsi le succès de l'opération.

Si les urines sont sales, renfermant des grumeaux, des caillots, on se trouvera bien de grands lavages vésicaux quotidiens, avec simplement de l'eau bouillie, ou mieux encore avec du sérum physiologique. S'il existe des signes de Cystite on emploiera une solution de nitrate d'argent de faible titre 0,25 pour 1000 par exemple.

Y a-t-il de l'érythème de la région abdominale causé par le contact d'un pansement constamment souillé d'urine ? Il faudra refaire, chaque jour, ce pansement et enduire la région atteinte d'un peu de vaseline stérilisée, ou de pâte à l'oxyde de zinc.

Certains auteurs, et Cabot en particulier, conseillent de faire des lavages de l'urètre ; nous sommes d'avis de ne pas y toucher.

Au 9^e jour on administrera un lavement au malade ; et une purge le lendemain. A ce moment la plaie périnéale étant presque complètement cicatrisée, on pourra faire l'ablation des crins.

Nettoyer le malade, et refaire son pansement après chaque selle.

Tout marchant à souhait du côté périnéal, le drain

hypogastrique est supprimé le 14^e jour. Dès ce moment il faudra veiller à ce que le malade ne se trouve pas dans la désagréable situation d'être baigné d'urine dont la totalité passe par l'orifice hypogastrique. Refaire le pansement autant de fois qu'il sera nécessaire. Nettoyer les téguments à l'alcool et saupoudrer de talc.

Vers le 3^e et 4^e jour qui suit l'ablation du drain hypogastrique, l'opéré commence à éprouver quelques envies d'uriner. Il est très rare qu'il n'arrive, après quelques tentatives, à faire passer quelques gouttes d'urine par le canal. A partir de ce moment la fistule hypogastrique se ferme avec une rapidité étonnante.

Une seule fois nous avons eu occasion de voir une fistule hypogastrique rebelle à 6 jours de mictions spontanées, c'était chez un distendu, et jamais nous n'avons rencontré un cas où il a fallu intervenir par suture ou plastie, pour amener la fermeture de ces fistules.

Les premiers accidents de la rupture de l'urètre évités, la fistule hypogastrique s'est fermée, le cours normal des urines rétabli, notre rôle n'est pas encore terminé.

Ce serait perdre le bénéfice de notre intervention que de croire à une guérison trop hâtive, et le but

que nous avions visé serait d'autant plus manqué que nous aurions livré trop tôt le malade à ses seules ressources.

En effet, les tissus conjonctifs anciens, les parties cicatricielles créées par l'intervention opératoire sont soumis à la rétraction, et l'affection que nous aurions voulu éviter, le rétrécissement, se produira inévitablement à moins que nous ne nous y opposions par un cathétérisme régulier, condition *sine qua non* d'un résultat parfait.

A quel moment commencer ces dilatations ?

Le plus tôt serait le mieux, pour ne pas permettre au tissu cicatriciel urétral et périurétral de s'organiser, ce qui amène toujours une certaine rétraction de la lumière du canal.

Trop tôt, l'on risquerait d'érailler une muqueuse encore très sensible, et de déchirer une cicatrice néo-formée. Il convient d'attendre 8 ou 10 jours et de procéder avec prudence et beaucoup de douceur au début de ces séances.

Explorer le canal, déterminer le numéro de l'explorateur qui passe avec léger frottement au niveau de la cicatrice.

Quels sont les moyens à employer ? Beaucoup de méthodes ont été préconisées : dilatation au béniqué simple ou au béniqué électrolytique.

Nous n'avons pas à comparer ici les avantages et les inconvénients de ces nombreuses méthodes, qui, d'ailleurs pour la plupart, demandent une instrumentation compliquée et une expérience toute spéciale. Nous nous contenterons d'indiquer la dilatation à la bougie en gomme, ou au béniqué qu'il serait bon de réserver aux dernières séances.

On commencera la première séance avec le numéro de la bougie correspondant au diamètre du canal trouvé à l'exploration. Une séance quotidienne pendant laquelle on passera 3 bougies en moyenne, en débutant chaque jour par le dernier numéro employé la veille. L'on gagne ainsi deux numéros par séance.

Faut-il ajouter que ces cathétérismes doivent être faits d'une façon méthodique et avec le maximum d'asepsie possible ?

Les lavages urétraux qu'on recommande quelquefois nous semblent inutiles. Ces séances seront continuées jusqu'au moment où l'on aura atteint une dilatation convenable ; soit un numéro 25 à la bougie ou un 56 béniqué. A ce moment et à ce moment seulement, notre rôle immédiat est terminé. Nous pouvons alors renvoyer l'opéré en lui recommandant de se faire voir, d'abord très fréquemment (tous les trois mois environ) puis à des intervalles de plus en plus

éloignés. A chaque visite il serait bon d'instituer quelques séances de dilatation pour maintenir le résultat acquis.

Ce n'est qu'au prix de ce traitement long, minutieux et qui, de prime abord, semble fastidieux, qu'on sera en droit d'escompter une guérison parfaite.

CHAPITRE IV

Indications Opératoires Résultats et Conclusions

Le traitement que nous avons envisagé s'adresse tout particulièrement aux ruptures de l'urètre antérieur, déterminées en général par une chute à califourchon sur un corps dur, par une contusion périnéale (coup de pied) ou encore par un « faux pas du coït ».

Encore faut-il spécifier que ce traitement ne visera que ces cas que nous pourrions étiqueter moyens et graves, nécessitant une intervention chirurgicale précoce pour un de ces accidents déterminés par la rupture et sur lesquels nous ne reviendrons pas ?

Les résultats obtenus par cette méthode, qu'ils soient

immédiats ou lointains, sont des plus satisfaisants. Tout danger de complications précoces est écarté et les résultats éloignés sont encore les meilleurs qu'on ait pu obtenir à ce jour. Dans de nombreux cas nous avons pu constater qu'après un laps de temps, s'échelonnant entre un et sept ans, les troubles fonctionnels sont réduits à néant ou au minimum.

Et pour fixer les idées, nous sommes heureux de pouvoir citer ce paragraphe de la statistique que Legueu a communiquée tout récemment à la Société de Chirurgie :

« Les cas de *suture complète, avec Cystostomie*,
« sont au nombre de seize; c'est pour moi, dit Legueu,
« la *méthode idéale* ; sur les seize opérés, la plupart
« par moi ou mes chefs de clinique, il en est douze qui
« ont donné un *résultat excellent*, avec une I. P. P.
« de 10 % au plus. Pour moi, une rupture de l'urètre
« qui donne le meilleur résultat mérite toujours 10 % ;
« j'estime donc que les résultats de ces cas étaient
« très favorables, et cela dans une proportion de
« 75 % ». »

Nous pousserons la proportion de guérison parfaite plus loin ; car si sur seize cas, il eut à déplorer deux résultats médiocres et deux mauvais, nous sommes persuadés que ce n'est pas la méthode qu'il faut incriminer.

miner, mais bien l'étendue des lésions, une dissection et une résection insuffisante vouant d'emblée la suture à un échec.

Laissant de côté l'appréciation que donne cet auteur sur la périnéostomie, nous terminerons ce travail en disant que, dans les ruptures traumatiques de l'urètre, l'urétréctomie, l'urétrorraphie immédiate et la cystostomie de dérivation constituent la méthode de traitement idéale, de choix, qui reste une des plus belles acquisitions de la Chirurgie moderne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

*Rupture complète de l'Urètre : Urectrectomie
Suture circulaire, Cystostomie de dérivation*

(Inédite due à l'obligeance du D^r J. Revel)

M. R., 10 ans, Nîmes.

Le 12 Novembre 1913 : Chute à califourchon sur une balustrade.

Le 12 Novembre : Anesthésie générale Kélène, Cystostomie suspubienne.

Le 14 Novembre : Anesthésie générale chloroforme. Position de taille. Incision médiane périnéo-scrotale. Hématome intersticiel à ce niveau.

Découverte de l'urètre après introduction d'une sonde par la verge.

Rupture complète de la face droite de l'urètre bulbaire.

Dissection du canal urétral. Section aux ciseaux et régularisation des deux bouts.

Deux points d'appui latéraux au catgut. Suture des deux segments par deux points antérieurs, deux postérieurs. L'urètre, très mince, se laisse facilement perforer.

Suture des parties molles péri-urétrales.

Crins à la peau, avec un petit drainage de 48 heures. Guérison complète et simple. Pas de retrecissement, le blessé étant revu pendant plusieurs années, ultérieurement.

OBSERVATION N° 2

Rupture complète de l'Urètre Urétrorraphie circulaire avec dérivation sus-pubienne des urines

(Inédite due à l'obligeance du D^r J. Revel)

M., 33 ans, charpentier, Nîmes.

Le 5 Avril 1924 : Chute à califourchon sur une poutre.

Entre à l'Hôpital Ruffi ce jour pour urétrorragie et absence de miction depuis 8 heures.

Intervention d'urgence.

Rachi-anesthésie.

Découverte de l'urètre péno-scrotal. Hématome péri-urétral abondant. Déchirure du tiers de la circonférence des parois urétrales en avant du bulbe.

Section du canal aux ciseaux. Régularisation des bouts.

Une sonde introduite dans le segment postérieur pour permettre le remplissage de la vessie est enlevée ensuite.

Deux points de soutien pour amener le segment antérieur au contact du bout postérieur. Suture circulaire par six points au catgut.

Crins à la peau ; pas de drainage.

Cystostomie sus-pubienne de dérivation avec le drain de Marion.

Suite sans incidents. Le 14^e jour ablation du drain.

Miction volontaire le lendemain ; mais l'opéré continue à perdre un peu d'urine par la fistule hypogastrique qui ne se ferme qu'au 20^e jour. Sort guéri. Mictions faciles et normales. Pas de rétrécissement à l'exploration.

OBSERVATION N° 3

*Rupture de l'urètre. - Urétrorrhagie immédiate.
cystostomie de dérivation*

(Inédite-personnelle)

K. A., 33 ans. Débardeur à St-Louis-du-Rhône).

Le 18 juin 1925. Chute sur le périnée sur le bord d'un chaland. Syncope, urétrorrhagie abondante, est porté le soir à l'hôpital. A l'entrée le blessé est encore dans un état de « shock » assez marqué. Pas de miction depuis le matin, moment de l'accident ; le globe vésical est distendu, et remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Tuméfaction de la région périnéale. Ecchymose **considérable** s'étendant aux bourses, au périnée et vers les fesses.

Intervention d'urgence.

Anesthésie générale au chloroforme.

1^{er} temps. Cystostomie sus-pubienne.

2^e temps. Position de taille. Incision médiane allant de l'angle péno-scrotal à un centimètre environ de l'anus.

Tous les tissus péri-urétraux sont infiltrés de sang et d'énormes caillots, rendant la recherche de la plaie urétrale très difficile. Tout cela est détergé par

d'abondants lavages à l'eau oxygénée et l'on pratique une hémostase soignée.

On se trouve alors en présence d'un foyer de tissus fortement contus, déchirés, où il est impossible de découvrir l'orifice de la plaie urétrale.

Une sonde est introduite par la verge. Découverte de l'extrémité postérieure du segment antérieur.

Rupture totale de l'urètre en arrière du bulbe.

Dissection de ce segment sur une longueur de 3 cm en avant ce qui permet sa mobilisation.

Le bout postérieur est impossible à retrouver et la dissection nous amène tout de suite sur l'aponévrose moyenne.

Cathétérisme rétrograde. Incision de l'aponévrose moyenne. Ce bout se trouve à 1/2 cm environ en arrière de cette aponévrose. Libération de ce segment postérieur qu'on amène assez péniblement au contact du segment antérieur.

Régularisation des tissus urétraux déchiquetés.

Deux points d'appui sur le segment antérieur. Suture circulaire du canal par 6 points de catgut non perforant, Suture des tissus péri-urétraux et de l'aponévrose moyenne du périnée.

Crins à la peau et drainage aux crins à l'angle inférieur de la plaie pour 48 heures.

Drain de Marion à l'hypogastre. Pansement.

Suites opératoires : sans aucun incident.

Le 15^e jour on supprime le drain de Marion, et le 17^e jour l'opéré commence à avoir des mictions volontaires. Un peu d'urine continue à passer par la fistule hypogastrique.

Le 10 juillet oblitération de cette fistule.

L'exploration du canal permet l'introduction d'un béniqué N° 51. — Bloc fibreux cicatriciel assez étendu au périnée.

Sort le 31-7-25 de l'hôpital, urinant normalement : Revu en décembre 1925 pour un phlegmon de la main, le malade déclare n'avoir jamais eu de trouble de la miction et un examen direct ne décèle aucun rétrécissement.

OBSERVATION N° 4

(M. Duroselle d'Angoulême, rapportée par M. Baugmartner à la Société Nationale de Chirurgie, Février 1927).

Le 2 janvier 1920, M. A., de Chasseneuil (Charente), âgé de 57 ans, tombe de sa hauteur à califourchon sur le bord d'un wagon qu'il déchargeait. Il éprouve une douleur violente, mais ne perd pas connaissance. Il s'examine, constate une urétrorragie importante, veut uriner mais ne peut y parvenir.

Quelques heures plus tard un médecin veut le sonder mais la sonde est arrêtée par un obstacle périnéal. Cependant, un peu plus tard, le blessé peut uriner un mélange d'urine et de sang.

Le lendemain matin seconde miction suivie d'un écoulement abondant de sang pur.

A la clinique où il est amené le lendemain matin, 3 Janvier, une nouvelle tentative de cathétérisme échoue également. Je constate un ecchymose des bourses et une seconde ecchymose indépendante de la première à la partie moyenne du périnée, qui est tuméfié et bombe légèrement.

Opération. — Le 3 Janvier 1921, à 17 heures, c'est-à-dire 30 heures environ après l'accident : 1° Cystostomie cathétérisme rétrograde de l'urètre avec un béniqué N° 4 qui est laissé en place pour faciliter la recherche de l'urètre. Puis sonde à béquille N° 18 par le méat.

2° Incision du périnée depuis la racine des bourses jusqu'à 3 centimètres en avant de l'anus. On traverse des tissus ecchymotiques contus. Les muscles écartés, le bulbe apparaît noirâtre, principalement sur son bord gauche. Il est incisé longitudinalement. La gaine spongieuse de l'urètre est déchirée, pleine de caillots ; la muqueuse est noirâtre, rompue à sa partie inférieure. Il s'agit donc d'une rupture partielle et

incomplète, mais comme les lésions s'étendent sur une longueur de 2 cm. 1/2 à 3 cm. environ, on résèque 3 cm. d'urètre et on pratique une suture bout à bout, après libération du segment antérieur du canal qui est amené ainsi facilement au contact du postérieur.

Deux points de rapprochements et cinq points d'affrontement au catgut fin.

Fermeture incomplète du périnée.

Un drain de Marion dans la vessie.

Pas de sonde à demeure dans le canal.

Suites opératoires. — Très simples et apyrétiques. La dérivation vésicale est maintenue 15 jours. Au bout de ce temps, le blessé urine par le canal, mais il passe un peu d'urine par la plaie périnéale (?). On attend 8 jours, puis on place une sonde à demeure dans l'urètre pour obtenir la fermeture de la plaie vésicale. Le blessé sort de la clinique le 5 février complètement guéri, urinant normalement par la voie naturelle. Il ne conserve plus qu'une petite plaie périnéale grande comme l'ongle et par laquelle ne passe plus une goutte d'urine.

Revu le 4 Mars 1920 : la plaie périnéale est fermée.

Revu Septembre 1920 : jet normal.

Revu le 16 Janvier 1927, sept ans après l'opération son canal admet très facilement un béniqué N° 54.

OBSERVATION N° 5

*Urétréctomie, Suture circulaire, Dérivation
sus-pubienne des urines*

(Inédite, due à l'obligeance du Dr J. Revel)

P. A., 68 ans, Nîmes.

Le 20 Janvier 1918, s'endort sur une chaise, glisse et tombe sur l'angle d'un chauffe-pied. Envoyé à l'hôpital Ruffi pour urétrorragie et difficulté de la miction.

À l'entrée urine seul.

Malgré la tuméfaction périnéale on laisse le malade en observation. Les jours suivants : fièvre, douleurs périnéales et formation d'un abcès qui s'ouvre spontanément à la peau. Fistule urétrale.

Le 18 février 1918 : Anesthésie générale au chloroforme.

Incision médiane périnéo-scrotale. L'orifice fistuleux est à droite de la ligne d'incision.

Découverte de l'urètre bulbaire.

On découvre une perte de substance siégeant entre le bulbe et l'aponévrose moyenne du périnée, sur le côté droit de l'urètre, et longue de un centimètre et demi environ, large de cinq mm.

La face profonde de l'urètre est très adhérente. Le trajet fistuleux uréthro-cutané est dur, épais, fibreux avec quelques fongosités.

Introduction d'une sonde par la verge. Dissection de l'urètre.

Urétrectomie de la portion retrécie et fistuleuse.

Suture par quatre points de catgut.

Excision du trajet fistuleux jusqu'à la peau. Drainage de la plaie et crins à la peau.

Cystostomie sus-pubienne de dérivation. Drain de Guyon.

Suite : sans aucun incident.

Plus revu depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION N° 6

Urétrectomie - Urétrorrhaphie - Cystostomie de dérivation

(Inédite - due à l'obligeance du D^e Revel)

G. R., 20 ans, Grasse, soldat au 1^{er} hussard.

Entre le 21 janvier 1927 dans le service pour rétention d'urine.

La veille, au cours de manœuvres, chute sur le pommeau de sa selle.

Urétrorragie abondante, douleurs abominables et rétention d'urine depuis 18 heures.

A l'entrée tuméfaction grosse comme une mandarine au périnée. Légère ecchymose de la région périnéo-scrotale.

Dès son arrivée dans le service, urine seul. Les urines sont sanglantes et déterminent de fortes cuissons à la verge.

On pose le diagnostic de rupture incomplète de l'urètre pénéo-scrotal et l'on décide une expectative armée.

Les mictions se font dorénavant spontanément et les urines s'éclaircissent peu à peu. On prescrit le repos au lit et boissons abondantes.

Le 27 janvier nouvelle urétrorragie qui cesse au bout d'une heure. A partir de ce jour les mictions deviennent de moins en moins douloureuses et les urines plus claires.

Peu à peu le malade déclare éprouver une certaine gêne pour uriner et les mictions deviennent de plus en plus difficiles et surtout pénibles à déclancher. Périodes passagères de rétention complète.

L'exploration du canal à ce moment montre un rétrécissement de l'urètre au niveau de la racine des

bourses, rétrécissement qui admet avec peine une bougie en gomme n° 8.

Nouvelle urétrorragie à la suite de cette exploration.

Les phénomènes de dysurie ne font que s'accroître à partir de ce jour.

Les phases de rétention complète sont de durée de plus en plus longue.

Le 17 mars 1927 rétention complète depuis 10 heures environ. On n'arrive pas à sonder le malade même avec une filiforme, la sonde étant arrêtée au niveau du bulbe par un noyau dur, fibreux, qu'on arrive très bien à percevoir à la palpation.

Le 17 mars 1927 Rachianesthésie (Syncaïne à 5 % : 2 c/c).

Incision médiane périnéo-scrotale et découverte de l'urètre.

L'urétréctomie externe enlève un gros bloc fibreux sur une longueur de 1 cm 1/2 environ, qui à l'inspection laisse voir une lumière à peine grosse comme une épingle.

Libération des deux segments urétraux.

Deux fils de soutien sur le segment antérieur l'amènent au contact du bout postérieur. Suture des deux bouts par six points de catgut fin.

Suture des tissus péri-urétraux. Crins à la peau, pas de drainage.

Cystostomie sus pubienne de dérivation tube de Marion.

Suites opératoires : apyrétiques et simples.

Le 29 mars ablation du drain sus-pubien.

Le 24 avril, le malade éprouve le premier besoin d'uriner, mais rien ne sort par le méat malgré ses efforts.

Le 5 avril, premier jet d'urine par les voies naturelles.

Le 7 avril la fistule hypogastrique est fermée. L'opéré éprouve encore quelques brûlures à la miction ; et l'on remet à quelques jours plus tard l'exploration du canal. Les mictions sont faciles et toute la région de la cicatrice périnéale est très souple.

Le 29 avril l'exploration du canal permet de passer une bougie à beule olivaire n° 15.

Séance de dilatation tous les jours au moyen de bougies en gomme d'abord, puis au béniqué. L'on gagne un numéro chaque jour. N'a pas encore quitté le service.

OBSERVATION N° 7

Uretrorrhaphie. — Cystostomie

(Inédite personnelle)

A. E., 17 ans, cultivateur.

Le 8 avril 1925 reçoit un coup de pied dans la région périnéale. Douleurs vives déterminant un état presque syncopal. Uretrorrhagie.

Tuméfaction assez marquée de la région périnéo-sérotale. Ecchymose à la racine des bourses. Les testicules, un peu tuméfiés, sont douloureux à la pression.

Pas de miction depuis une douzaine d'heures. La percussion fait percevoir une vessie très dilatée et tendue.

On décide d'intervenir dès l'arrivée du blessé dans le service.

Rachi-anesthésie.

Position de taille ; Incision médiane divisant les bourses en deux et s'arrêtant à deux centimètres de l'anus.

Epanchement sanguin dans les tissus cellulaires sous-cutanés et présence de gros caillots. Nettoyage de la plaie. Hémostase.

Une sonde est introduite par le méat, on incise le

tissu péri-urétral et l'on arrive sans trop de difficultés sur l'urètre.

Rupture de la paroi inférieure de l'urètre en avant du bulbe avec une perte de substance minime, mais dont les bords sont fortement contus et déchiquetés.

Libération de l'urètre en aval et en amont de la rupture, temps relativement facile.

Résection d'un segment urétral de deux centimètres de long ; hémostase. Les bouts arrivant assez facilement au contact, on décide de ne pas pousser la libération du segment plus loin.

Deux points d'appui sur le segment antérieur. Suture des deux bouts par six points de catgut fin.

Suture des tissus péri-urétraux.

Fermeture complète de la plaie cutanée aux crins de Florence.

Position horizontale et cystostomie sus-pubienne.

Drain de Marion.

Pansements englobant les testicules qu'on comprime légèrement.

Suites opératoires : Admirables.

Le 15 avril le drain hypogastrique est enlevé. Le malade continue à perdre la totalité de ses urines par cette brèche.

Le 18 avril. Un premier jet d'urine passe par le méat. Deux ou trois mictions spontanées, mais il

137
passe encore un peu d'urine par la fistule hypogastrique qui, d'ailleurs, bourgeonne avec une rapidité admirable.

Le 20 avril. La fistule hypogastrique est fermée. Les mictions sont normales.

Le malade sort le 30 avril. A l'examen avant son départ on trouve un périnée excessivement souple, aucun noyau d'induration. L'exploration du canal permet de passer d'emblée et facilement une bougie en gomme n° 20 et un béniqué n° 45.

Malgré les recommandations qu'on lui a faites, l'opéré n'est jamais revenu se faire voir.

OBSERVATION N° 8

- a) *Suture de la plaie urétrale, Cystostomie ;*
- b) *Suture atypique sur sonde à demeure.*

(Inédite dûe à l'obligeance du D^r J. Revel)

B., 21 ans, Calvisson (Gard).

Le 21 septembre 1923 : Chute à califourchon sur une poutre d'un échafaudage. Urétrorragie. Pas de miction depuis huit heures environ. On essaye pru-

demment et timidement un sondage vésical qui est possible.

En raison de l'urétrorragie assez abondante, et de la tuméfaction périnéale on intervient tout de suite.

Rachi-anesthésie.

1^{re} Cystostomie sus-pubienne de dérivation. Drain de Marion ;

2^o Temps périnéal. Découverte de l'urètre. Au niveau du bulbe on trouve une plaie médiane de un centimètre de long, avec un caillot qui l'oblitére. Suture de cette plaie au catgut non perforant ?

Réfection des parties molles. Crins à la peau.

Les crins sont enlevés au huitième jour, le drain de Marion au douzième jour.

Le quinzième jour l'urine commence à passer par l'urètre et au *vingt-cinquième jour* la plaie hypogastrique est complètement fermée.

Mictions normales. On juge inutile une exploration urétrale.

Dans le cours d'octobre : tuméfaction périnéale, abcès urinaire qui se fait jour spontanément au niveau de la cicatrice opératoire. Fistule consécutive.

Le 7 novembre : Rachi-anesthésie.

Incision médiane périnéo-scrotale. Sonde dans l'urètre antérieur.

Découverte de l'urètre en avant et en arrière du point fistulisé.

Un bloc de réaction fibreuse entoure la fistule et s'étend jusqu'à l'aponévrose de Carcassonne. Ablation de ce bloc.

Dissection du segment urétral postérieur qui se déchire sous la moindre traction. On juge impossible une suture urétrale circulaire dans ces conditions.

Libération du segment antérieur qui est abaissé de deux centimètres et fixé par quatre points de catgut aux tissus péri-urétraux postérieurs.

Sonde à demeure.— Suture des tissus péri-urétraux autour du point de contact des deux bouts urétraux.

Sonde enlevée au quatrième jour, replacée au bout de quatre jours et laissée à demeure quelques jours de plus.

Le 20 novembre ablation de la sonde à demeure.

Mictions volontaires à partir de ce moment.

Dilatation du canal au béniqué, et le malade quitte le service au moment où l'on a atteint le N° 50.

Plus revu depuis décembre 1923.

OBSERVATION N° 9

Uretrectomie — Uretrorrhaphie — Sonde à demeure

(Inédite, due à l'obligeance du D^r Revel)

M. S. 17 ans, Saint-Laurent-d'Aigouze, Gard.

Ancienne rupture de l'urètre par fracture du bassin, écrasement par la roue d'une charrette, pour laquelle M. le docteur Gilis, de Nîmes, avait tenté une suture immédiate.

Actuellement, le malade urine par un orifice fistuleux périnéal à peine visible et au centre d'un gros bloc fibreux cicatriciel.

A deux ou trois reprises, accidents de rétention complète qui cèdent à un cathétérisme. Il suffit d'introduire une bougie filiforme à un ou deux centimètres pour que cesse aussitôt la rétention.

15 février 1924. Anesthésie générale au chloroforme.

Incision médiane allant de la racine des bourses à un centimètre de l'anus. Extirpation de la cicatrice périnéale.

On tombe sur un énorme bloc fibreux, légèrement mobile transversalement, très peu dans le sens antéro-postérieur. Entre temps l'orifice externe de la fistule n'est pas retrouvé.

Dissection du bloc fibreux qui s'enfoncé très loin entre les branches ischio-pubiennes.

Dissection en avant de l'urètre sain. Mobilisation et section transversale en avant du rétrécissement.

Incision du bloc cicatriciel dans toute sa longueur, pour trouver un vestige de lumière : rien.

Cependant sur la tranche gauche, dans une zone nacréée on trouve une surface d'un millimètre de diamètre à peine, et d'aspect rouge violacé.

Un stylet introduit à ce niveau pénètre d'un centimètre. Section de ce trajet que l'on poursuit de plus en plus loin.

Introduction d'une grosse bougie qui arrive à la vessie. Une sonde cannelée introduite à la place de cette bougie permet de se rendre compte qu'il n'y a pas d'erreur.

Large ouverture de ce trajet fistuleux qui permet d'arriver sur l'urètre postérieur sain.

Excision de tout tissu fibreux et cicatriciel entre les deux bouts de segments urétraux.

Le bout postérieur vient à peine affleurer la surface de l'aponévrose moyenne qui, elle aussi est le siège de brides fibreuses incluses dans son épaisseur et qui sont les vestiges d'une ancienne déchirure. De plus l'orifice urétral est un peu déplacé à gauche de la ligne médiane.

Section des brides aponévrotiques qui permet de ramener l'urètre vers la droite.

Dissection de l'urètre membraneux et le moignon libéré est amené à un 1/2 centimètre en avant de l'aponévrose.

L'urètre antérieur qui est éloigné de 3 cm environ peut être amené au contact du bout postérieur et fixé là par deux points de soutien latéraux.

Suture des deux bouts par quatre points de catgut, deux en avant deux en arrière. Cependant il existe une légère tension sur cette suture et le succès de l'opération semble très aléatoire.

Devant cette éventualité on préfère laisser une sonde à demeure, permettant d'espérer une cicatrisation secondaire des tissus péri-urétraux autour de la sonde. Suture des tissus péri-urétraux ; crins à la peau avec drainage profond. Pas de cystostomie.

Béniqué n° 50 passe facilement. Mictions spontanées et parfaites. Marié depuis trois ans. Revu plusieurs années de suite, ne présente aucun trouble.

Suites opératoires : Guérison admirable. Vu et revu pendant plusieurs années. On observe au niveau de l'ancienne suture non un rétrécissement mais une dislocation de l'urètre. L'explorateur arrivé à ce niveau hésite à passer et bute. Il suffit de déplacer

légèrement le bec à droite ou à gauche, pour que le béniqué pénètre tout d'un coup dans l'urètre postérieur.

L'urètre antérieur est mobile sur l'aponévrose moyenne, l'urètre postérieur fixé à ce niveau; il y a comme une sorte de décalage des deux axes qui détermine cette dislocation.

OBSERVATION N° 10

*Rupture traumatique de l'urètre — Suture
immédiate — Méat hypogastrique*

(Bazy-né, Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1918)
Résumé.

Charles D., 35 ans, jardinier. Chute à califourchon sur le montant d'une échelle le 18 mars.

Uretrorragie ecchymose très étendue.

Intervention à la suite d'un échec de cathétérisme.

Anesthésie au chloroforme.

1°. Taille hypogastrique. Sonde de Pezzer sus-pubienne.

2° Temps périnéal très laborieux. Rupture complète

de l'urètre et du bulbe; larges décollements, par épanchements sanguins importants, allant aux fesses et aux bourses.

Recherche du bout postérieur assez pénible.

Suture circulaire; capitonnage; drainage des plans superficiels par contre-incisions ischiatiques. Fermeture de la plaie cutanée aux crins.

Suites opératoires: simples, sonde vésicale enlevée le 3 avril. Le 9, la totalité des urines passe par la verge et les mictions sont faciles.

Le 13 quitte le service. Le canal admet une bougie n° 19.

OBSERVATION N° 11

Rupture de l'urètre périnéal — Uretrorrhaphie circulaire — Cystostomie

(Résumé de l'observation d'Ertzibischoff in thèse Ponce)

G. Joseph, 25 ans. Le 23 juillet 1917 chute à califourchon sur une pierre. Uretrorrhagie légère mais persistante. Douleurs périnéales intérieures et parti-

culièrement au niveau du bulbe. Pas d'ecchymose ; tuméfaction périnéale grosse comme un œuf de cane.

A l'entrée, émission spontanée de quelques gouttes d'urine. Cathétérisme impossible et déterminant une hémorragie assez abondante.

Le 23 juillet. Anesthésie générale : chloroforme.

a) Cystostomie sus-pubienne ; Drain de Marion.

b) Temps périnéal. Rupture des parois inférieures et latérales de l'urètre bulbaire. Résection, régularisation. Suture circulaire de l'urètre.

Suture des parties molles, drainage postérieur de la plaie cutanée.

Suites opératoires : apyrétiques. Lavage vésicaux deux fois par jour. Pansements tous les trois ou quatre jours.

Le 4 août 1917. Ablation du drain hypogastrique. Sonde à demeure dans l'urètre qui est changée tous les 4 jours et supprimée le 26 août Fermeture de la plaie hypogastrique. Mictions spontanées et faciles.

Séances de dilatation tous les trois jours, commençant par le N° 42 béniqué.

A la sortie (14 septembre 1917) Admet un n° 54.

Revu le 31 octobre et le 12 décembre même résultat.

OBSERVATION N° 12

*Rupture de l'Urètre périnéal — Urétrorraphie
circulaire — Cystostomie*

(Résumé de l'observation d'Ertzbischoff in thèse Ponce)

D. 26 ans. Chute de cheval le 18 janvier 1917.

Uretrorragie abondante. Rétention complète. Tuméfaction périnéale sans ecchymose. Opération d'urgence après échec de cathétérisme. Anesthésie au chloroforme.

1° Temps périnéal. Découverte de l'urètre. Rupture presque totale. Rétablissement de la continuité du canal après régularisation des tissus. Suture des parties molles. Crins à la peau. Drainage superficiel postérieur.

2° Cystostomie. Tube de Marion.

Suites opératoires : simples, drain de Marion enlevé au douzième jour. On place sonde à demeure.

Le 12 août ablation de cette sonde. Fermeture de la fistule sus-pubienne.

Dilatation méthodique au béniqué commençant par le n° 42 pour arriver à la sortie n° 55.

Revu 28 octobre 1917, et décembre. Le même résultat s'est maintenu.

Bibliographie

ALBARRAN. — Médecine opératoire.

BASTIN WILLIAMS. — Polyclinique de Bruxelles 1902
T. XI p. 301-304.

BAUGMARTNER. — Un cas de rupture traumatique
de l'urètre traité par l'urétrorrhaphie d'urgence.

Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie
12 février 1927, T. XIII, p. 142.

CABOT. — *Meeting of American Association of*
Génito Urinary Surgeons, May 31 et 1909.

Five cases of rupture of the uréthra treated by
external uréthrotomy and suture.

Boston Medical and Surgical Journal, July
16-1896.

DESIGNES. — Etude Critique du traitement de la rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire *Thèse de Paris 1911.*

GUILLAUME. — De la dérivation temporaire des urines dans les interventions sur l'urètre *Thèse de Paris 1912.*

HERMANTIER. — Contribution à l'étude de l'urétréctomie avec urétrorraphie circulaire et dérivation des urines. *Thèse de Lyon 1915.*

JEANBRAU. — *In Précis Pathologie chirurgicale.* Paris, Masson 1924, T. IV, p. 351, 457 et suivantes.

LEGUEU. — De la réparation en deux temps des pertes de substances traumatiques ou opératoires de l'urètre périnéal.

Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris
T. XXXII 1906 p. 816.

Traité Chirurgical d'Urologie *Alcan Paris 1910*
p. 1040 et suivantes.

A propos des ruptures de l'urètre périnéal.

Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie,
5 février 1927, T. XIII, p. 92.

LENORMANT. — Comment faut-il traiter les ruptures
traumatiques de l'urètre? *Presse Médicale*, 24 fé-
vrier 1912.

MARION & HEITZ BOYER. — Réparation de l'urètre
par suture bout à bout avec dérivation des urines par
urétrostomie.

*XIV^e Session de l'Association française d'Uro-
logie*, 1911, p. 310.

MARION. — Leçons de chirurgie urinaire, *Masson*,
Paris, pp. 338 à 348.

De la dérivation des urines dans les opérations sur
l'urètre. *Bulletin de la Société Nationale de Chi-
rurgie*, 1^{er} février 1912, p. 212.

De la reconstitution de l'urètre par uretrorrhaphie
circulaire avec dérivation des urines. *Journal d'Uro-
logie Médicale et Chirurgicale*, 1912, p. 523.

Traité d'Urologie, *Masson, Paris*, t. II, p. 577 et suivantes.

Résultats éloignés des uretrorrhaphies circulaires suivies de dérivation des urines dans les ruptures et les rétrécissements traumatiques de l'urètre. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, 15 mai 1914, p. 553.

PASTEAU et ISELIN. -- La réfection de l'urètre périnéal, consulter *Annales de Guyon*, 1906, t. II, pp. 1601-1697, 1768 et 1850.

PONCE. - Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'urètre. *Thèse de Montpellier* 1918.

ROCHET. — Chirurgie de l'urètre, *Paris Steinheil*, 1895.

Lyon Médical, 1905, p. 634.

Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 1905, p. 57.

Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutiques urinaires. *Lyon Storck*, 1906.

La dérivation temporaire dans les opérations sur l'urètre. *Journal d'Urologie*, mai, 1912, p. 594.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 Juin 1927
Le Censeur,
JEANBRAU.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER :	
Etude chronologique et critique	13
Des différents procédés proposés et ce que l'on doit en penser.....	19
Des ruptures de l'urètre par fracture du bassin.....	25
CHAPITRE II :	
Technique.....	29
CHAPITRE III :	
Soins post-opératoires.....	43
CHAPITRE IV :	
Indications opératoires — Résultats et conclusions.....	49
OBSERVATIONS	53
BIBLIOGRAPHIE.....	79

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE XXII JUIN MCMXXVII
SUR LES PRESSES DE A. CHASTANIER, NIMES

IMPRIMERIE DE LA BIBLIOTHEQUE
DE LA PRESSE DE A. CHASTANET, NIMES
